

PHILOSOPHICA

FILOSOFIA E MEDICINA SOBRE DOR E SOFRIMENTO



Departamento de Filosofia
Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa

O PASSO DO ABISMO: O DESVIVER, A AGONIA E A MORTE DIGNA

Manuel Silvério Marques¹
(Médico. Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa)

“Quem ousa, com superior firmeza pôr termo à vida,
será no valor um Alcides e na força um Heitor”
Lopo Serrão, *Da Velhice*, 1579, p. 488
(ed. e trad de S. T. de Pinho, INIC, 1987)

À memória de João Lobo Antunes e dos doentes que um dia me pediram um último “acto de misericórdia”. E a quem respondi: – “Não sou capaz. Mas não o deixarei sofrer, não o abandonarei!” Pensei – penso – matar é matar-me! Para mim próprio: sinto que o acto de matar me privaria da humanidade que a todos une. *Hubris*, insensibilidade, egoísmo? Recusa do mimetismo e da denegação da violência originária? Horror visceral à predação e imolação do *homo sacer*? Ou o eterno temer e o radical desejar algo maior?

Introdução: sem ponto arquemidiano²

Sim. Não é lá grande coisa, é claro. Mas, quando procuro em mim, essa necessidade de clarividência é, apesar de tudo, um dos únicos pontos fixos que encontro... É bem possível que tenha feito disso, sem querer, uma espécie de princípio moral para meu uso... Seria enunciado assim: Liberdade completa com a condição de ver claro... É bastante perigoso, em suma.” (solilóquio do Dr. Antoine Thibault, in R.M. du Gard, *Os Thibault*).

¹ m.marques46@gmail.com.

² (Abreviaturas: DCFV = Decisões Clínicas de Fim de Vida; PHN = paragem de hidratação e/ou nutrição; SP= sedação paliativa, ST= sedação terminal; SA= suicídio assistido; (M)CP = (medicina de) cuidados paliativos; TV= testamento vital; IVG = interrupção voluntária da gravidez; MMA = morte medicamente assistida).

Tal ponto fixo e princípio de evidência libertadora³ é bastante diferente do catalítico e cataléptico absoluto de Santo Agostinho, e não é de temer menos: *ama e faz o que quiseres*. O bispo de Hipona não diz ama-te, não fala de “auto-estima” nem se refere ao amor-próprio. Também não era, obviamente, à insolência ou *hubris* a que convidava o célebre dito hipocrático: “E se surgir a ocasião de prestar cuidados a um estrangeiro (*xeinos*) pobre, não deixai de o fazer. Pois onde há amor do homem, há amor da Arte”. Que o lugar seminal da ética, pode argumentar-se, é a relação Eu-Tu; idealmente trata-se de um encontro entre sujeitos em estado de livre e consciente responsabilidade. Sabemos que a experiência moral é, também, sobreveniente do gesto assimétrico do samaritano para com o desconhecido aflito e da acribia do acto de cura ou alívio da doença pelo(a) médico(a) hipocrático(a). Na pegada de Leibniz e Kant, Fernando Gil em “Operadores de Comunidade” no seu *Modos da Evidência* (1986), e Maria Filomena Molder, em “O Coração Pensante e a Faculdade de Julgar”, lembram o mandamento primeiro da ética – pensar colocando-se no lugar de qualquer outro ser humano –, e incitam-nos a obedecer às duas máximas do senso comum: pensar por si próprio e pensar de acordo consigo próprio.

João Lobo Antunes as honrou na vida e na obra de médico, de leitor e escritor, de académico, de conselheiro, de crítico. Disse-se recentemente – e eu tenho razões para acreditar – que o emérito neurocirurgião aceitava a eutanásia como um acto médico no termo de adequados CP. Foi este Mestre que assumiu a ambivalência do *ethos* médico e confessou em “O consolo das humanidades” a respeito da dignidade na relação e da mentira na espera, na esperança:

Não há intimidade entre este medo e a coragem que é tantas vezes a armadura atrás da qual se refugia a nossa dignidade – um conceito de extraordinária complexidade – que é, porventura, o único amparo que nos sustenta nessa circunstância. (...) A revelação da doença é uma ofensa a quem está são e que parece temer o contágio. Afinal, também o medo da doença é contagioso. / Isto está admiravelmente escrito por Tolstói em páginas de extrema crueldade.⁴

E em “Margarida ou o Amor dos Livros”,⁵ JLA evocava o belíssimo *Sermão da Senhora do Ó* de Vieira, em um tocante memorial à Professo-

3 Seguindo lições de Fernando Gil, estudei a “mutação de evidência em lei” evocando o campo moral e a “repugnância natural pelo sentimento do falso” em M.S. Marques, “O fogo frio e as Morfologias da Evidência: leituras de Fernando Gil”, *Cultura. Revista de História e Teoria das Ideias*, 35: 75-108, 2016.

4 João Lobo Antunes, *Ouvir com Outros Olhos*, Lisboa, Gradiva, 2015, p. 41.

ra Margarida V. Mendes, sua cunhada: “transportava num braço o filho recém-nascido e no outro braço um livro, parece que dando de comer a ambos, e por ambos repartindo o seu desvelo”; um dia confiou que a infeliz cunhada viera a falecer em seus braços, em pleno fulgor intelectual, levada por doença prolongada. Cabe-nos, com efeito, na clínica e em ética médica, muitas vezes, deliberar e decidir *com* quem – e *como* quem – atento a outrem, não fecha os olhos ao desviver, “vê com outros ouvidos”, obedece às necessidades, sacia quem tem fome: fome de afecto, fome de renascer, fome de verdade. A filósofa e militante Simone Weil, melhor que ninguém, o sentiu e testemunhou: Em 1943, no seu exílio de Londres, antes de sucumbir em estado de caquexia, elaborou um relatório (a pedido das autoridades da França Livre), acerca da situação moral em França, intitulado *O Enraizamento*. No ensaio “Necessidades da Alma” lançava um derradeiro grito de alarme: “a necessidade da Verdade é a mais sagrada de todas”;⁶ sem ilusões, logo constatou: “Nunca ninguém o diz!”. Significativamente, o argumento central não era místico-religioso, não era metafísico, não era edificante; instintual, consistiu em necessidades básicas, matar a sede, matar a fome. *L'Enracinement*, testamento patriótico pessoalíssimo e universalista, foi considerado (quando da sua edição póstuma em 1949) “*un véritable traité de civilization*” por Albert Camus. Tolhida pela tísica, no seu leito de morte S. Weil, revela-nos que “a aceitação da morte, quando presente à vista na sua nudez, é supremo e instantâneo arrancamento ao que cada um de nós chama Eu”.⁷

Se queremos interrogar o pensamento de JLA e pensar livremente sobre algumas condições da “boa morte” ou “morte digna”, podemos admitir, sem excessiva simplificação, que as falsas pistas nos debates societários (e parlamentares, etc.), derivam da submissão do argumentário às ordens jurídica (ex.: o aberrante direito a morrer), política (ex.: fanatismos de direita e de esquerda) e/ou religiosa (fundamentalismos de todas as cores, p.e., a vida é o valor supremo). Ao invés, a realidade antropológica e social impõe certos passos obrigatórios na busca individual e colectiva do justo e do bom nas decisões clínicas em fim de vida (DCFV): médico (o *ethos* hipocrático), deontológico (regras da arte, deveres para com o doente) e ético (a dialéctica da liberdade, da obediência e da responsabilidade). Para o A., como cidadão, o caminho é, em qualquer caso, sempre intersubjectivo (quem somos e que queremos ser como comunidade...?) e a (tentativa

5 *Ibid.*, *Numa Cidade Feliz*, Lisboa, Gradiva, 1999.

6 S. Weil, *Oeuvres*, Paris, Gallimard, 1999: 1049.

7 *Ibid.*: 1128.

de) inteligibilização é filosófica (ou não é). Afinal as situações mais difíceis (como é público e notório) configuram “mundos morais” diversos e conflitos potenciais que nascem da diabolicidade das situações. Diabólico quer dizer tendencialmente inarticulável, divisiva, fracturante, incomunicável, insolúvel, malparido. Para as problematizar sucintamente considero três pontos: (i) a condição humana e o sentimento do falso, (ii) algumas categorias e opacidades do debate e (iii) a boa morte entre primeira e terceira pessoa (excluo aspectos institucionais e procedimentais).

1. A condição humana e o sentimento do falso

Um clínico do Renascimento sabia que “devemos ver na morte um doce e profundo descanso” (“*dulcis et alta quies mors est censenda*”).⁸ Lopo Serrão de sua graça, médico do Conde D. Henrique e humanista, não era um epicurista como muitos sages e filósofos modernos, nem seria um hedonista para quem felicidade é busca do prazer: numa bela, erudita e pouco conhecida poética da *ars moriendi*, faz a apologia do suicídio, gesto razoável e salutífero que sara as chagas e penas da velhice; não se atreveu, porém, como Francis Bacon (1561-1626), a fazer a apologia da eutanásia.

Hoje, a intenção de questionar e melhorar as DCFV e as teorias, práticas e modos do morrer em Portugal, e de as submeter ao crivo de inquirição pública, continua a ser necessária e bem-vinda. Famílias, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde pecam, na ânsia de melhores carreiras e remunerações, em as terem descurado. Políticos (mesmo se falam de bem comum e saúde pública), em regra, minimizam o que não dá ganho nem faz caixa jornalística. Aqui, não se tratará, certamente, de interferir em escolhas existenciais, na consciência moral e em direitos da personalidade de cada um. E, afirmo-o já, o juízo que faço da recente petição legislativa sobre SA e Eutanásia é claro: do ponto de vista da Medicina nasceu fora do tempo, torta e será dificilmente endireitável. Sem pretensões a deter sabedoria e autoridade especiais (parei as actividades clínicas há 10 anos), mas reclamando as lições de 40 e tal anos de experiência em hemato-oncologia, filosofia e ética, devo garantir que é muito difícil sabermos *realmente* do que falamos. Com efeito, arrisco o depoimento, mal o saberemos se nunca abraçamos o ente querido ao expirar, se nunca demos a mão ao doente agónico, se nunca cumprimos o dever de acompanhar doentes em estado terminal, se nunca caímos no terror do *exitus* iminente voluntário ou involuntário...

8 Cícero, *Catão*, n 22.81; Serrão, *cit.*: IX. 293.

Sejamos capazes de dar tempo e elevação às controvérsias e deixar as pulsões legiferantes para o fim desta Legislatura ou para uma próxima. Inspiremo-nos, se é permitida a sugestão, em Hannah Arendt, a grande pensadora da condição humana, do Estado de Direito e da democracia:

Se o homem natural, servo e prisioneiro do ciclo vital, foi resgatado das cadeias pelo homem fabril, o operário – e suas duráveis edificações, seus meios-e-fins, suas máquinas-ferramentas e seus consumos, sua depreciação dos valores (o mundo do cálculo), seu sem-sentido –, este ‘febril’ trabalhador, por sua vez, só poderá ser redimido pelas faculdades humanas da acção e da fala, as únicas actividades que podem gerar histórias dotadas de significado.⁹

É, insisto, assim que se deve iniciar a análise da dita “MMA”, isto é, das DCFV no estreito e tremendo lugar moral entre a autodeterminação e a vontade do sujeito (por exemplo, a vítima de doença incurável e/ou terminal), os mandatos da Arte médica e os argumentos e valores da ética clínica ou seja, situar a deliberação sob a égide do supremo bem e do melhor interesse do doente. Cabe a cada agente moral, com efeito, encontrar a resposta autêntica e sincera à injunção de Leibniz: *Diz porque ages!* E todos conhecemos quanto este dizer carrega de sentimentos contraditórios, de não ditos irracionais, de projecções falsárias... que se ignoram. Cauto e profiláctico, o filósofo racionalista de Hanôver defendeu, como primeira máxima moral, uma versão da regra de ouro: “põe-te no lugar do outro e, para tal, adopta a sua perspectiva”, e outra, e outra...

2. Opacidades do agir

Além de nos oferecer as injunções leibnizianas acima recordadas, o professor Fernando Gil deixou-nos ensinamentos para bem discernirmos e melhor decidirmos nestas extremas e temíveis ocasiões. O mais relevante para aqui é a existência de um “fundo pré-intencional” e opaco da acção humana, se bem entendi, o assento friável da convicção. Numa série de obras notáveis posteriores a 1993, mostrou-nos que os sentimentos de evidência, de inteligibilidade (ou compreensão) e de justeza se ligam, espontânea e naturalmente, contribuindo para a formação da convicção e para a fixação e desfixação de crenças e ideologias (estas ocultam as suas

9 H. Arendt, *La Condition de l'Homme Moderne*, Paris, Calman-Lévy, 1983 (1959), pp. 232-236 (trad. G. Fradier; pref. Paul Ricoeur).

fundações, amarram-se à má-evidência, resultam em reificação). Conjecturo que, o *conatus* de cada um de nós, em situações limite, “engendra” uma pedra de toque. Esta é requerida para reparar em si a comum humanidade ferida, é contrastaria do sentimento de justeza e buril de um outro sentido – quando é que o e nos perdemos nos jogos do “faz-de-conta”? – a capacidade de detecção do simulacro, de percepção da mentira, a saber, o sentimento do falso. É mais uma contribuição de F. Gil para a “boa posição” do problema de Buridan ou para a boa formulação do dilema moral “satânico” (note-se que não me refiro a *resolução*, sempre particular, prática, concreta, única). Será esta, porventura, uma razão da força inesperada da intuição de que a ética começa quando acabam as palavras: Quando, no desviver desesperado do moribundo, faltam os nomes para chamar e designar sentires, sentimentos, últimas ideias, derradeiros momentos.

Noutra perspectiva, ainda médica, a clínica moderna obriga a ir além dos dados e “ganhos” adquiridos pelas ciências pós-baconianas, a saber, a inversão de meios e fins, a máxima utilidade, o sucesso, a eficiência, a abolição do sentido. Sem embargo, como advertiu JLA,¹⁰ a primordial e pontifícia finalidade da ciência continua a ser, contra as teses pós-modernas, um antigo e venerável desígnio, a procura da verdade. Mesmo os mais robustos, completos e rigorosos pluralismos¹¹ e/ou reducionismos¹² não parecem conceder margem para dogmatizar o contrário. Assumamos, portanto, a bondade da pulsão de veridicção e os caminhos forçados da objectividade, que protegem a ciência de “interpretações filosóficas gerais” e a livram de pressões doutrinárias e de sanhas policiescas.¹³ *A fortiori*, a investigação livre do real, a atenção às idealidades formais e a fidelidade aos problemas (expressão que Fernando Gil apreciava) abrangerá todas as formas de vida (incluindo instituições) e, transferida para a praxis médica – mormente o seu *telos* – implica a atenção ao padecer e às mais secretas e autênticas demandas do doente, o cumprimento da palavra dada e a elaboração (probabilística) de diagnósticos e prognósticos (matérias evidentes, provas estatísticas, conjecturas, convenções, mas também, os indizíveis, *sensibiliae* e *memorabiliae*). Estes últimos imateriais são o húmus do pen-

10 Em 2006, na ‘Conferência do Equinócio’ do IPATIMUP, *Descoberta Científica e Criação Artística* (cita Fernando Gil).

11 Carlo Cellucci, *Rethinking Logic: Logic in Relation to Mathematics, Evolution and Method*, Dordrecht, Springer, 2013.

12 Kenneth F. Schaffner, *Behaving. What is Genetics, What's Not, and Why Should we Care?* Oxford, Oxford University Press, 2016.

13 *A Guerra das Ciências...*, Lisboa, Gradiva, 2005 (revisitado em 2008; JLA comenta F.Gil).

samento aforístico e do conhecimento narrativo (consagrado nas sucessivas versões dos textos hipocráticos e galénicos). No conjunto constituem as bases da *Medicina Reflexiva*¹⁴ que envolve e ilumina a abordagem técnica integrada, holista, dos casos clínicos.

Alguns médicos, lamentavelmente, esqueceram-se que a medicina prática é ofical e, se é ciência – é ciência clínica do indivíduo. Cada pessoa é singular, cada caso é diferente. Poderíamos conceptualizar esta privilegiada e exigente vivência a partir de três categorias: individuação, contingência, incerteza. Não é, pois, a existência de consentimento informado, nem o TV, nem protocolos e/ou procedimentos “mandatórios” ou “oficiais” que bastam para legitimar as escolhas participadas (explícita ou implicitamente) do médico assistente (ou de qualquer outro profissional, na sua esfera de acção). Ou seja, nas situações de DCFV, mais do que noutras áreas da medicina e da enfermagem, exige-se a atitude dita por vezes, com redundância, “centrada no paciente”. Tudo se complica na doença avançada refractária sob terapêutica “inovadora” ou de resgate (“*salvage*”) ou sob tratamento paliativo ou de suporte. Chegado a este ponto, o doente cada vez menos sente que é corpo e cada vez mais sente que tem corpo (diz um filósofo, o corpo é experiência) e o quadro político-laboral e médico-social vigente induz demasiadas vezes perversamente mais solidão e maior abandono do doente (pelos familiares, amigos, profissionais, etc.). Por outro lado, os mundos morais deslizam e (contra o parecer de alguns responsáveis de CP¹⁵), a SP confina em ST (sedação terminal, o termo da terminação rápida do sofrimento, a intenção primeira da sedação em casos terríveis de cancro *invasivos* de cabeça e pescoço com ruptura da carótida ou colapso da traqueia, entre outros casos relativamente frequentes¹⁶). Um discurso e uma retórica tecnocrática são inumanos, alienantes e desresponsabilizantes; esquecem ainda, não raramente, que o gesto mais importante que o familiar, o profissional ou o prestador de cuidados podem fazer é estar presente, disponível, “seguir o instinto, sentar-se junto do paciente e tomá-lo nos seus braços”, contendo o seu sofrimento, a sua dor, até ao fim, como recordou o Prof. Archie Cochrane, o pai da “Medicina Ba-

14 Para um “guião” exemplar vd. M.D. Feldman, J.F. Christensen (EDs.), *Behavioral Medicine. A Guide for Clinical Practice*, N. York, Mc Graw Hill, 2008 (3rd ed.); sobre a teoria da medicina narrativa ver o clássico Rita Charon, *Narrative Medicine, Honoring the Stories of Illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

15 Cf. um abaixo-assinado da autoria da Dra. Isabel Galriça e alguns respeitáveis dirigentes de Unidades de CP publicitado em Fev. de 2017.

16 O trabalho da Dra. Madalena Feio aborda, nos planos técnico e científico, com transparência, rigor e bom senso estes problemas.

seada na Prova”¹⁷. Afinal compartilhamos a finitude, a incerteza, a angústia existenciais.

Com efeito, como é que alguém pode saber verdadeiramente do Outro e do indizível em momentos como este? Como ponderar, calibrar, justificar escrupulosamente acções ou omissões difíceis, preso a motivos adversos, protocolos cegos e a requisitos (anónimos, burocráticos, pecuniários) para, com acribia, em liberdade e consciente responsabilidade, tomar decisões inadiáveis, irreversíveis, irrepetíveis?

A opinião dos cidadãos e dos doentes – através das suas associações e não só -, e a dos profissionais que têm a missão de os acompanhar e tratar, é central e imprescindível nestas voltas por fora das “éticas republicanas” e das políticas públicas. E a das religiões e das filosofias. Nós, médicos e enfermeiros, temos a obrigação de dizer o que tememos, sentimos, aprendemos e pensamos. E, honestamente, o (que sabemos) que ignoramos! Quais as categorias, de que fala, que autenticidade – e autoridade? – tem (i) quem não viveu em primeira ou segunda pessoa as provações da “doença mortal” e do desespero, (ii) quem não interiorizou (sem narcisismo) as emoções abissais da iminência da morte voluntária, (iii) quem não aprendeu a *ars moriendi* estoica, ritual (lembro o *sepuku* do Japão), laica ou religiosa – ou dito numa linguagem real ou figurada, de quem nunca sentiu na carne a fome de desviver?¹⁸

3. A boa morte entre primeira e terceira pessoa

Nos finais de 2006, de um hospital público de Paris onde fora internado, poucos dias antes, com um cancro pulmonar avançado, Fernando Gil “exercita-se” na *ars moriendi* e lega-nos um ensaio sobre *A Lei Moral e o Hospital*. Testemunha a certo passo (e o trecho é conhecido):

Paradoxalmente a mesma impessoalidade anónima que em tese geral compromete a aplicabilidade da lei moral a acções determinadas (...) é o que permite considerar o doente hospitalizado como um ‘um fim em si’. (...) o princípio de funcionamento do hospital público é o ‘véu da ignorância’ (...). O anonima-

17 B. Hurwitz, “What Archie Cochrane learnt from a single case”. *Lancet*, 389: 594-5, 2017 (com gratidão a Isabel Fernandes).

18 Uns acreditam que a experiência vicariante da literatura ou das artes é o bastante. Mas o *exemplum* narrado e abstracto não é equivalente ao (corpo-)vivido, sempre singular, e não parece que possa o imaginário, *per se*, iluminar a faculdade de juízo moral (como não gera uma experiência autêntica do sublime ouvir/ver a fala de Antígona representada alhures ou a descrição fascinada de uma obra prima inacessível).

to assegura a igualdade de cuidados, entre outras coisas porque curar exige a cooperação do doente. De começo simples possibilidade, a fraternidade ganha corpo. (...).¹⁹

Vemos que F. Gil, da sua humanidade ferida de morte, se ergue pela pena à reparação, se guinda pela escrita ao heroísmo: padecendo horripilantemente de dores e falta de ar, sem queixumes, sem vislumbre de filáucia, mostra-nos estóico como agir chegada a nossa hora. Outro tanto o Professor Lobo Antunes, como pude dar público testemunho. E tantos doentes que tive a sina de acompanhar (e acompanhar).

Derrotado o escândalo incontornável do anonimato do organismo (e do corpo), adiada a zetética olvidada das representações e vencidos os desafios – vexantes para o clínico tradicional –, da vontade de prolongamento do desviver, da abordagem correcta do estado agónico e da (hipotética) “falência cerebral”,²⁰ concluir-se-á que constituem atributos positivos de uma boa morte:

- (i) a partilha (com os próximos, com os familiares) da abissal e brutal finitude, da angústia, da esperança, do medo, da perda, do vazio;
- (ii) a fraternidade, a *philia*, nas suas múltiplas expressões que previnem (nos profissionais e não só) a indiferença, a fadiga intelectual e o indecoro ou “cansaço” moral;
- (iii) a “igualdade assistencial” e equidade perante a doença;
- (iv) a inalienável liberdade e responsabilidade individual (de todos os envolvidos);
- (v) a excelência (perdoe-se o termo gasto de amargo sabor mediático-político-empresarial) dos CP.

Tal implica a intervenção de uma equipa pluridisciplinar mas não prescinde do papel determinante do médico assistente (personagem em vias de extinção?) garantido a co-responsabilidade dos especialistas da equipa; requer sensibilidade e capacidade para dar voz ao doente e a participação auxiliar da família e outros cuidadores. Assim, se vai cumprir a promessa de não abandono: presença, fidelidade, lealdade, confiança, verdade e, então, satisfação dos imperativos morais e legais da não ma-

19 F. Gil. Para a versão definitiva do escrito ver o n.º 68 da revista francesa *Rue Descartes* (2010) *La Philosophie au Portugal* (org. Maria Filomena Molder), contem três estudos sobre esse último e belo texto de F. Gil.

20 M. S. Marques, “A Vida do Fim: para uma filosofia do pensamento clínico”, in F. Martins e A. Cardoso (Eds.), *A Felicidade na Fenomenologia da Vida. Colóquio Internacional Michel Henry*, CFUL, 2006, pp. 85-150.

leficência e da autonomia. Sobretudo a vontade firme de cada membro da equipa não aumentar o sofrimento, não culpabilizar, não atormentar, não enganar o doente (NB: a obtenção do consentimento informado e a comunicação da verdade não é um papel que se assina!; há que contar com as dificuldades inerentes à idade e mentalidade; os doentes têm o direito a não querer a verdade; há extremas variações culturais e diferentes exigências religiosas). Só assim se poderá, por exemplo, fazer a aferição do significado e a verificação da validade (incluindo ética e jurídica) do TV (que um mínimo de *sentido cívico* devia levar os Poderes a promoverem através do exemplo e de campanhas apropriadas). Existindo TV legitimam-se melhor ordens de não reanimação, de PHN, de sedação (SP ou ST), por exemplo. Estas decisões requerem da parte dos profissionais além de epiqueia, competência e experiência em primeira pessoa, capacidade reflexiva, *crítica da técnica*, lisura profissional, capacidade de desobediência à regra geral instituída, a bem do doente.²¹ Ou seja, dedicação aos concidadãos mais vulneráveis, espírito de serviço, capacidade de escuta, disponibilidade, enfim, vocação *terapêutica* (*therapeia* era o rito devido aos deuses) alimentada por uma cultura de pensar livre, estudo, debate, ascese individual e colectiva.²² É estranho que em muitos *fora* públicos e mediáticos sobre as DCFV ou sobre a eutanásia, o fervor de políticos reformistas e a agenda de clubes, “igrejas” e lojas domésticas se sobreponham e substituam à atitude prudencial, à procura humilde e racional do bem comum e fiquemos, nos deveres de cuidar de idosos e dependentes, pelas cercas e suficiências do mal disfarçado *laisser-faire, laisser-passer*.²³ Dame Cicely Saunders

-
- 21 Epiqueia ou epiceia é a aplicação da regra ao caso individual, a prudência nas disciplinas conjecturais, a casuística nas decisões em condição de incerteza. Sobre epiqueia vd Maris Luisa Couto Soares, “O ‘triângulo hipocrático’. Notas sobre o estatuto da medicina”, in M^a. L. Couto Soares (Ed.), *Hipócrates e a Arte da Medicina*, Lisboa, Colibri, 1999: 63-89 (p. 85). Para acerto e memória futura, as razões e as decisões devem ser escrupulosamente e claramente registadas na documentação clínica (uma obrigação legal, aliás).
- 22 Como é isto possível sem uma atmosfera institucional sadia, de serena *accountability* de dirigentes, entidades e estabelecimentos de saúde e/ou cuidados continuados, sem políticos devotados às reais necessidades da maioria da população e executando políticas sufragadas, de modo transparente e escrutinizável por jornalistas e cidadãos habilitados, dedicados e... não-avençados?
- 23 Não é preciso voltar a insistir no incompreensível desinteresse do Estado (o Ministério da Saúde em primeiro lugar) pela falta de condições e profissionalismo de muitos Lares para idosos e dependentes que há pelo país... Exceptuam-se IPSS, o voluntariado e nobres instituições afins. Com efeito, no SNS, como bem se sabe, a dedicação é penalizada pelo sistema e a ignorância (quem estuda, quem tem tempo extra?), o

(1918-2005), extraordinária médica britânica, foi, sem dúvida, a pessoa que mais deu, pessoal e institucionalmente, para a descoberta de novas categorias, critérios científicos e aperfeiçoamento dos *cuidados* em quadros de dor e sofrimento na doença avançada e no fim de vida: dizer que a ela se deve a MCP não está longe da verdade. Eis o seu conselho e a sua resposta – no país da Magna Carta – às pulsões judicialistas e normativistas:

As medidas de regulação da privação e suspensão de tratamentos e de alívio do sofrimento não são fáceis (...) A sobre-legiferação não evitará abusos (...), é susceptível de introduzir perturbações, e acabará por aumentar o sofrimento dos doentes.²⁴

Este simples argumento parece ter convencido a sociedade civil, médicos e legisladores britânicos, levou à edificação de um notável sistema nacional de CP (começando, naturalmente, pela investigação da terapêutica da dor crónica²⁵ e pela criação de Enfermagem altamente especializada). Querem uns *lulus* parlamentares legislar deveras sobre eutanásia? Ou SA, SP e ST? Estes últimos, certamente, não constituem matéria prima jurídica, mas a comunidade e o SNS podem melhorar com uma discussão séria do tema. Porque não preferem legislar sobre CP, como torná-los *efectivamente* universais, humanos, acessíveis, prontos, excelentes? Na minha opinião não estamos preparados: nem profissionais de saúde, nem a Academia, nem Ordens, nem Sindicatos têm produção teórica ou técnica significativa, nem tomadas de posição sérias sobre o tema das DMFV, do desviver, da eutanásia, da morte institucional ou domiciliária (nem sequer sobre o holocausto juvenil na estrada, no álcool, na droga – enormes problemas de saúde pública e educação cívica). Como, de resto, não têm sobre o enigma da saúde, nem sobre medicina social (embora de qualidade e índole varia-

nepotismo (mal camuflado), a mercadorização e o mercantilismo (a hipocrisia dos mercenários invadiu senados e espaços públicos) e o absentismo funcional proliferam por todo o lado.

- 24 C. Saunders, *Selected Letters*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 371 (carta de 24.03.1998). Ganhar-se-á alguma tolerância se se ler a correspondência entre Dame C. Saunders e o Dr. Kevorkian (conhecido por Dr. Morte: dizem que viajava legalmente em certos Estados dos USA de carrinha apetrechada a aliviar moribundos, a ajudar a morrer e a fazer eutanásias) – a ter sido assim, constitui radical anti-medicina, eugenia e desumanidade.
- 25 Senti-me feliz por poder chamar a atenção para a publicação da primeira tradução para uma língua viva da obra notável de Filipe Montalto, *Arquipatologia. Tratados I-IX*, Colibri, Lisboa, 2017 (1614) (trad. Domingos Lucas Dias, Inês Ornelas de Castro, Joana Mestre Costa) e dos estudos sobre a mesma a sair ainda este mês (editados por Adelino Cardoso e Nuno Proença).

das, existe um número razoável de obras nestas áreas em dissertações de mestrado e doutoramento em Enfermagem, Medicina, Ciências Humanas e Sociais, Filosofia, etc.).

Haverá casos por este país de eutanásia clandestina? Há com certeza; e de abandono e distanásia muitíssimo mais! Apurem-se. Façam um Livro Branco sobre o “morrer em Portugal”, com estudos empíricos idóneos...²⁶

Na realidade, o passo do abismo, o desviver, a agonia e a morte digna são condicionados por múltiplos factores além dos meramente técnicos. A clarividência, as convicções, as crenças, as ideologias e os demais pontos fixos do Dr. A. Thibaut, afinal, movem-se à medida da deslocação das linhas vermelhas, cujas intersecções os definem e estabilizam: linhas vermelhas que tecem as regras da arte e linhas invisíveis que inscrevem as leis morais.

4. Recomendações

Se tivesse recomendações a fazer e listar argumentos *gerais* contra a designada “MMA” ou “lei da Eutanásia”, aqui e agora, diria, em resumo:

- Há prioridades em DCFV bem mais graves, premente e socialmente estruturantes.²⁷
- As opções clínicas, técnicas, morais relevantes são singulares e individualizadas - uma *Lei* sobre DCFV terá de se legitimar por procedimentos justos, equânimes, conformes (portanto, o contrário do *vêu da ignorância* legitimador da lei: os dilemas

26 Por nosso lado, quando dirigia a Unidade de Cuidados Domiciliários (e CP) do IPO, fiz (fizemos) a minha parte sobre o “Morrer em Portugal”: um projecto de investigação interdisciplinar financiado pela FCG (ulteriormente publicado em n.º especial da *Rev. Port. Filosofia*, 2010, vol. 66, n.º 2).

27 Em vez de investir nas “pedras-mortas” e em obras sumptuárias eleitoralistas actuar nas “pedras-vivas”; exemplo do tipo de medidas estruturantes básicas, bem mais urgentes e socialmente úteis (creia-se, sem demagogia): na civilidade rodoviária (hecatombe de acidentes; sinalização das estradas estúpida, etc.) e urbana (habitação e bairros degradados, etc.); minorias, pessoas sem-abrigo, etc.; resolver degradação e estercos nos e dos lugares públicos, etc.; “profissionalizar” ou/e formar e avaliar (funcionários do poder local, bombeiros, socorristas, benevolato, etc.); “emancipar” e acabar com as “doenças infantis” e vícios serôdios e castradores do paternalismo, despotismo (*bullying*, praxes), monopolismo (dos poderes formais e informais de sindicatos e corporações), provincianismo (tribalismo, nativismo), etc.; enfim, o essencial do qual tudo depende: defender os tribunais e a Justiça (e inverter o ónus da prova para enriquecimento suspeito de autoridades, etc., como ocorre na negligência médica), paridade entre géneros, etc.

terríveis da prioridade do “meu doente” contra a justiça – e a medicina – social, a gestão, a ganância, etc.).

- Não valem argumentos de analogia com as leis do estabelecimento da morte cerebral, da licitude da colheita de órgãos e transplantes e da IVG – situações ontologicamente incomensuráveis.

Mas se há – e há! - fimbria de bondade na ST, no SA, na eutanásia e se colhem estas breves notas, então porque são excluídas da intenção dos legisladores, precisamente, as situações mais *frequentes* e mais *complicadas*? Refiro-me a opções difíceis e quase inarticuláveis e “impossíveis” de certos quadros de neonatologia (grandes prematuros, grandes malformações cerebrais) e de neuropsiquiatria (as demências destacam-se pela sua prevalência), cujo correcto manejo clínico requer frequentemente a mediação, o conselho, a discussão, até mesmo a autoridade, de terceiros (pares, filósofos, eticistas) e não apenas a participação oficial das Comissões de Ética e/ou a intervenção da Jurisprudência (*ad hoc*?).

Se não colhem estes argumentos *ex officio*, que outros argumentos – que não *ex consensu* – invocarão os defensores da eventual lei da MMA (é má terminologia, de execráveis conotações, como já se terá percebido)? Não estamos todos de acordo que a ética (incluindo a ética médica) *não* se determina por nenhuma espécie de votação, é acto individual, em condições de livre e responsável tomada de consciência e de decisão? Mas, então, aceites o pluralismo epistémico e o pluralismo moral, que fazer? Que aconselhar? Não vejo como fugir, numa sociedade democrática e multicultural, que se deseja cosmopolita, à alternativa de tipo referendário. Todavia, como evitar que tal discussão plebiscitária caia na compita estulta, obscena, envilecedora?²⁸ É mais um impasse, a acrescentar ao dos grandes “cancros” da nossa vida em comunidade, como a corrupção, o racismo, a desigualdade, a alienação dos novos, etc., etc., a discutir e tratar colectivamente com *inteligência* e determinação, a conversar em nome do bem comum, da justiça e da equidade (os direitos humanos).

28 Um exercício: se a questão é a eutanásia e o SA, o morrer, a mais pessoal, a mais íntima (mas não individual ou insular) de todas – como tentei demonstrar -, que pergunta se levaria a votos? Esta, por exemplo: gostaria que os seus (concidãos... filhos...) vivessem numa sociedade em que fosse lícito ajudar a morrer (SA) e/ou matar (Eutanásia) os moribundos em grande sofrimento (e???) que reiteradamente o quisessem e solicitassem, mediante condições médico-legais adequadas? Seria realmente compreensível pela maioria dos profissionais de saúde? E pelo cidadão comum?

Para uma vida do fim e uma morte dignas, aqui e agora, cumpre insistir em três quesitos *sine qua non*, de sua aplicação e monitorização de uma Lei do SA e da Eutanásia, ou melhor, uma *Lei das Decisões Médicas em Fim de Vida* (ou Lei da *Assistência e Morte Digna?*):

- (i) dotarmo-nos, rapidamente, de um Estado de Direito (a Justiça não pode continuar a ser adiada e mera justiça de classe);
- (ii) ter plena e boa cobertura em CP e continuados hospitalares *e domiciliários* com avaliação externa e independente da qualidade e com “*accountability*” (não podemos aceitar duas medicinas, uma para ricos e outra para pobres);
- (iii) evidentemente, criar meios para conhecer e monitorizar a realidade e os números (uma forma é criar verdadeiras Equipas pluridisciplinares e *serviços* de Promoção da Qualidade, sérios e idóneos, nas instituições de saúde).

Sem isso não se vê como evitar o “retrocesso civilizacional”. Acresce que das pessoas e sua formação dependerá o escopo, o tempo, as formalidades e as modalidades de aplicação concreta de eventual Lei (aqui os erros evitáveis dos Legisladores e dos Partidos, a desonestidade e hipocrisia de profissionais – como o vergonhoso conúbio e duplicidade público/privado -, “obrigaram” a dois plebiscitos e repetidas versões da lei da IVG, o que deveria servir de exemplo e “vacina”)! Disse-o, a dialéctica entre o lugar do outro e a injunção do exame interior “Diz porque fazes!”, impele ao exercício de constante auto-crítica e de vigilante crítica. Uma boa ferramenta para isso é, creio, o sentimento do falso. Sentimento inato, comum, associado à repugnância universal pela podridão e pela corrupção, é equanimidade no uso do sentido de justiça.

Lx, Jan-Fevereiro de 2017, revisto e modificado em Janeiro de 2018

O presente artigo é baseado em comunicações efectuadas na sede do Partido Socialista (Lisboa, Largo do Rato) e na Assembleia da República (Grupo Parlamentar, Partido Social-Democrata) há cerca de um ano e na Universidade Católica do Porto (Instituto de Bioética) por ocasião da sessão académica em memória do Professor João Lobo Antunes em 23 Fevereiro de 2017 (a UCP eventualmente publicará a versão oral deste texto).

RESUMO

Analiso sucintamente, a partir de vivências clínicas, o tema do desviver e das *decisões médicas em fim de vida*. Problematizo em três andamentos aspectos do estatuto do moribundo entre nós. Na perspectiva da condição humana e do sentimento do falso. Segundo o ponto de vista das principais categorias pragmáticas convocadas pelo debate da boa morte, designadamente a epiqueia. E na óptica míope dos requisitos aqui e agora de uma eventual “lei da eutanásia”, suas aporias e contradições; excluo os aspectos procedimentais e institucionais.

Palavras- chave: desviver – ética – decisão – sedação – eutanásia.

ABSTRACT

I examine briefly the theme of “deliving” (desviver) as well as end of life medical decisions. I put forward for consideration features of the moribund’s status and aporias as seen from the humanist viewpoint as well as from the perception of falseness and the current requisites for a possible law of euthanasia, its dead ends and contradictions. I leave out the institutional conditions.

Keywords: deliving– ethics– decision – sedation – euthanasia.

EDITORIAL

ARTIGOS

AT THE HEART OF A DECISION IS A NARRATIVE

R. M. Zaner

AGONIA E RAZÕES PARA AGIR: UMA CRÍTICA A PARFIT

Pedro Galvão

A PROPÓSITO DA NATURALIZAÇÃO DA DOR NA OBRA DE FILIPE MONTALTO

Manuel Silvério Marques e José Morgado Pereira

AS MEDITAÇÕES SOBRE AS LÁGRIMAS E O CHORO DE JOHAN FRIEDRICH SCHREIBER

Palmira Fontes da Costa

REDESCOBRIR A SAÚDE QUE NUNCA SE PERDEU. DOENÇA, SOFRIMENTO E CURA NO BUDISMO

Paulo Borges

COMPREENDER A DOR. A PROPÓSITO DE UM CASO DE ANOREXIA NERVOSA CRÓNICA

Dulce Bouça

O PASSO DO ABISMO: O DESVIVER, A AGONIA E A MORTE DIGNA

Manuel Silvério Marques

A “BOA MORTE” DE BACON

António Lourenço Marques

SEDAÇÃO PALIATIVA, PERSPETIVA DE UM CLÍNICO

Madalena Feio

ENSAIOS

LA RESPUESTA AL PROBLEMA DEL NO-SER EN LA METAFÍSICA DE ARISTÓTELES

Maria Carmen Segura Peraita

GRAMSCI E I QUADERNI: FILOSOFIA DELLA PRASSI E IMMANENZA TRA MATERIALISMO E IDEALISMO

Luca Onesti

PRÉMIO PROF. DOUTOR JOAQUIM CERQUEIRA GONÇALVES PARA ALUNOS

DO 1.º CICLO/ CURSOS DE LICENCIATURA (Edição de 2018)

KANT NO JARDIM DO NÃO SEI QUÊ. NOTAS AO PARÁGRAFO §49

DA CRÍTICA DA FACULDADE DO JUÍZO

João Maria Carvalho

DISSERTAÇÕES

LUDO-ESTÉTICA

Pedro Miguel Celestino Pereira

RECENSÕES

THOMAS P. KASULIS, ENGAGING JAPANESE PHILOSOPHY:

A SHORT HISTORY, HONOLULU, UNIVERSITY OF HAWAII PRESS, 2018

Ricardo Santos Alexandre

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – NORMAS DE PUBLICAÇÃO

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – PUBLICATION PROCEDURES



Patrocínios

